Münster 1935 No 120 Med DiSS

Aus der Universitätshautklinik zu Münster i. Westf.
(Direktor: Professor Dr. Mayr)

Die Prognose des Lupuscarcinoms

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität zu Münster i. W.

vorgelegt von

Willy Mündelein
aus Castrop-Rauxel i. W.

1935

Gedruckt in der Buchdruckerei M. Zwolle, Datteln i. Westf.

Dekan: Prof. Dr. K. W. Jötten
Referent: Prof. Dr. Mayr

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i.W.

Meiner lieben Mutter gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555428_0154

Die Prognose des Lupus-Carcinoms.

Der Westfälische Verein für Krebs- und Lupusbekämpfung, aus dessen Aktenmaterial folgende Arbeit entstanden ist, hat es sich zur Aufgabe gemacht, sämtliche Lupus- und Krebskranke in der Provinz Westfalen zu erfassen und einer frühzeitigen, sachgemäßen Behandlung zuzuführen. Durch umfangreiche Aufklärungs- und Werbetätigkeit ist es ihm gelungen, eine Organisationszentrale für die Provinz Westfalen einzurichten, wo karteimässig alle bekannten Lupus- und Krebskranke aufgeführt werden. Von hier aus wird eine genaue Kontrolle aller Kranken durchgeführt, die regelmäßig zum behandelnden Arzt bestellt werden und so auf Rückfälle und sonstige Entartungen überwacht werden. Im Verlauf dieser jahrelangen genauen Beobachtungen hat es sich herausgestellt, daß die Komplikation des Lupus mit Krebs außerordentlich häufig auftritt, und so die Frage der Carcinomentwicklung auf Lupus in erhöhtem Maße an Interesse gewinnt. Es ist somit von höchster Wichtigkeit, alle Lupuskranken unter genaueste Kontrolle zu halten und auch die schwersten Fälle von Lupuserkrankung nicht unbehandelt zu lassen und als hoffnungslos aufzugeben. „Den unbehandelten Lupuskranken droht der Carcinomtod." (Stühmer).

Von welcher Bedeutung die Carcinomentwicklung auf Lupus ist, erkennt man, wenn man sich über die Todesursachen der Lupösen Aufklärung verschafft. Von den bisher verstorbenen Lupösen starben an

Carcinom	29
Lungentuberkulose	28
Lungentuberkulose und Kehlkopftbc.	3
Lungentuberkulose und Darmtbc.	1
Lungentuberkulose und Nierentbc. 1	1
Miliartuberkulose	1
Nierentuberkulose	1
Bauchfelltuberkulose	1
Knochentuberkulose	1
Meningitis tbc.	2
Lungenentzündung	11
Bronchialasthma	4
Herzschwäche	14
Nierenentzündung	2
Unglücksfall 2	3
Selbstmord	2
Embolie, Herzschlag, Myodegeneratio cordis, Gehirnblutung, Meningitis purulenta, Cholelithiasis, Leberschrumpfung, Leberschwellung, Ileus, Gastroenteritis, Ruhr, Pylorustumor, Blasenleiden, sarkom, Altersschwäche	je 1
unbekannt	10

Nächst den eigentlichen tuberkulösen Erkrankungen ist also eine der wichtigsten Komplikationen bei Lupus die Kombination mit Carcinom und zwar entwickelt sich in der Mehrzahl der Fälle der Krebs auf dem Boden

von Lupus vulgaris, höchst selten auf Lupus erythematodes. Nach Angaben verschiedener Autoren hat man dabei zu unterscheiden zwischen Lupusnarbencarcinom, entstanden im Lupusnarbengewebe (Steinhauer, Dubois-Havenith) und dem Carcinom, das sich in noch floridem Lupusgewebe entwickelt hat (Lang).

Ein Carcinom, das sich in reinem Narbengewebe entwickelt hat, wäre nicht anders zu behandeln als jedes andere Narbencarcinom wie z. B. ein Carcinom auf einer Keloidnarbe oder ein Magenca auf einer alten Ulcusnarbe. Nach Thieme läßt sich diese Abtrennung jedoch praktisch nicht durchführen, weil man nie weiß, ob in den Lupusnarben nicht noch lupöse Infiltrate eingeschlossen sind. Ein Beweismoment hierfür ist die Tatsache, daß auf scheinbar glatten, nicht verdächtigen Lupusnarben nach sehr langer Zeit wieder Recidive auftreten. Umgekehrt ist es ebenso schwierig zu sagen, ob das Carcinom sich direkt vom lupösen Gewebe oder von den in dem lupösen Gewebe eingeschlossenen Narben entwickelt hat, weshalb man am besten nur vom Lupuscarcinom spricht.

Die ersten, die das Lupuscarcinom als eigenes Krankheitsbild erkannten waren Alibert, Rayer und Devergie. Ihnen verdanken wir auch die ersten Veröffentlichungen (Devergie 2 Fälle im Jahre 1857). Von Langenbeck und von Bardeleben behaupteten im Jahre 1875, daß die Kombination von Lupus und Carcinom nur sehr selten beobachtet werde. Einige Jahre später bewies Kaposi im histologischen Bild das Entstehen von Carcinom auf lupös erkrankter Haut. Seither sind immer wieder Fälle von Lupuscarcinom beschrieben worden. Die erste größere, zusammenfassende Darstellung erschien im Jahre 1900 von Ashihara. Er berichtet in dieser Arbeit von 126 Fällen von Lupuscarcinom. 1916 erschienen dann größere Arbeiten von Sequeira und Silberstein.

Hinsichtlich der Aetiologie des Lupuscarcinoms gehen die Meinungen der einzelnen Autoren noch auseinander. Eine bestimmte Ursache für die epitheliale Neubildung hat man bis heute noch nicht feststellen können. Am naheliegendsten war natürlich die Auffassung, den Lupus als solchen für die Ursache der Krebsentwicklung verantwortlich zu machen. Wegen des geringen Prozentsatzes der Lupuscarcinome hält Wichmann diese Auffassung für nicht erwiesen. Auch die Behauptung, daß die bei Lupus vorkommenden Epithelwucherungen die Carcinomentwicklung begünstigen soll, und das Gewebe durch die langjährigen Schädigungen durch die lupösen Infiltrate in seiner Widerstandskraft derart herabgesetzt sein soll, daß das Vordringen der Epithelmassen außerordentlich erleichtert wird, lehnt er ab, mit der Begründung, daß dann das Lupuscarcinom viel häufiger sein müßte. Volk und Ashihara glauben nicht an ein zufälliges Zusammentreffen von Carcinom und Lupus, weil dafür das Lupuscarcinom relativ häufig beobachtet wird, viel häufiger als wie bei anderen chronischen Hauterkrankungen wie z. B. bei tertiärer Lues der äußeren Haut und auch bei Narben nach solcher.

Viele Autoren sind der Meinung, daß ständige Gewebsreize als Ursache für die Entwicklung des Carcinoms in Frage kommen können, wie etwa bei starken Pfeifenrauchern das Lippencarcinom eine nicht seltene Erscheinung ist. So kann es unter der Behandlung durch langdauernde che-

mische und physikalische Reize zu einer Steigerung der bei Lupus meist vorhandenen Epithelwucherung kommen. Uebergang in carcinomatöse Entartung wäre dann leicht möglich. Diethel sagt, daß der durch Jahre hindurch dauernde Reiz das Epithel immer wieder zur Wucherung veranlaßt, bis es schließlich zur atypischen im Sinne der Carcinomentartung kommt. Mijahara hat in 5 von 7 unbehandelten Fällen atypische Epithelwucherung festgestellt, wobei zwar noch nicht die Diagnose auf Carcinom gestellt wurde. Ribbert lehrt, „daß die durch Tuberkulose bewirkten Bindegewebswucherungen Epithelzellen aus ihrem normalen Gefüge herauslöse und diesen dadurch den Anstoß zur Umwandlung in Krebszellen geben könnte".

Ein wichtiger Faktor ist ferner die Behandlung bei der Carcinomentwicklung. Langwierige physikalische, chemische Reize können provocierend wirken und Anlaß zur Epithelwucherung geben. In ganz besonderem Maße nimmt man dies von den Röntgenstrahlen an, sodaß vielfach von Röntgencarcinomen gesprochen wird. (Jesionek, Spiegler, Hildebrand.) Dabei sind es nach Siberstein weniger die Röntgenstrahlen selbst, die schädigend wirken, sondern die Ursache der Schädigung liegt in der Verschiedenheit der technischen Anwendungsmethode der Röntgenstrahlen. Außerdem glauben viele, daß seit der Röntgenaera die Lupuscarcinome zugenommen haben, was jedoch Stühmer, Ruete, Handley, Mrongovius nicht bestätigen können. Als Röntgencarcinome könnte man vielleicht die Fälle ansprechen, wo sich bald nach der Behandlung und im jugendlichen Alter das Carcinom entwickelt hat. Wichmann kommt beim Vergleich mit anderen Gesichtscarcinomen zu der Feststellung, daß die Röntgencarcinome nicht so häufig an den sogenannten Praedilektionsstellen sich befinden, sondern am Orte der starken therapeutischen Einwirkung. Reyn, Sequeira und Stumpke glauben alle an eine Begünstigung der Carcinomentwicklung durch Röntgenstrahlen. Alle Autoren sind sich jedoch einig, daß noch irgend ein X, eine unbekannte Komponente vorhanden sein muß, bei der ein Reiz die Epithelzelle zur bösartigen Entwicklung führt. Ueber dieses X kann man noch heute mit Jadassohn sagen: „Wenn die atypischen Epithelwucherungen bei Tuberkulose in Carcinom übergehen, muß noch ein X hinzukommen, welches dieses ist werden wir kaum erfahren, ehe nicht die Krebsursache sicher festgestellt is".

Aus der Kartei des Westfälischen Vereins für Krebs- und Lupusbekämpfung geht hervor, daß bis zum 1. 1. 1935

2575 Lupuskranke erfaßt wurden

und zwar Männer: 941 = 36,6 %

Frauen: 1634 = 63,4 %

Bei 83 von diesen Erkrankten wurde die Entwicklung von Krebs auf dem Boden von Lupus beobachtet, das sind 3⅕ % aller Lupösen, ein verhältnismäßig hoher Prozentsatz im Vergleich mit anderen Autoren. So erkranken nach der Statistik von Reyn nur ½ % aller Lupösen, nach Leloir und Sequeira 1½ %, nach Wichmann 1¼ %, nach Reisner 3 %. Den größten Prozentsatz geben Darier und Dubois-Havenith an mit 4 %. Entgegen den früheren Feststellungen von Ashihara und Silberstein wird bei Frauen weitaus häufiger Carcinomentwicklung auf Lupus festgestellt

als bei Männern. Bei den 83 festgestellten Lupuscarcinomen handelt es sich um 28,9 % Männer und 71,1 % Frauen, während andere Autoren folgendes Verhältnis feststellen:

	Ashihara (1901)	Silberstein (1918)
	%	%
Männer:	64,7	55,1
Frauen:	35,3	44,9
	Wichmann (1921)	Reisner (1929)
	%	%
Männer:	42,0	31,8
Frauen:	58,0	68,2
	vorliegende Arbeit (1935)	
	%	
Männer:	28,9	
Frauen:	71,1	

Aus dieser Aufstellung geht hervor, daß im Laufe der Jahre eine deutliche Verschiebung der Verhältniszahlen zu Gunsten der Frauen stattgefunden hat. Reisner bemerkt dazu, daß es sich hier wahrscheinlich nicht um einen reinen Zufall handelt, ohne die Tatsache selbst erklären zu können. Hiermit dürfte auch die Theorie der älteren Autoren hinfällig sein, wonach Männer deshalb häufiger befallen sein sollen, weil sie äußeren, schädigenden Einflüssen wie Wind, Nässe und Sonnenbestrahlung mehr ausgesetzt sind als Frauen. Erinnert sei hier an die Carcinom disponierende Seemannshaut Unna's und Landmannshaut Jadassohn's.

Die Entwicklung des Carcinoms kann in jedem Lebensalter auftreten, selbst im jugendlichen Alter, wo sonst Carcinomentwicklung höchst selten ist, eine Tatsache, die die Vermutung aufkommen läßt, daß ein zufälliges Zusammentreffen beider Erkrankungen wenig wahrscheinlich ist. So beschreibt Adamson einen Fall von Lupuscarcinom bei einem 15jährigen Mädchen und Wild bei einem 18jährigen Jungen. An der Münster'schen Klinik kam ein Fall von Lupuscarcinom bei einem Jüngling von 15 Jahren und weitere Fälle bei 22-, 24- und 29jährigen jungen Männern zur Beobachtung. Am häufigsten ist jedoch das 5. Lebensjahrzehnt befallen, wie folgende Tabelle zeigt:

	Ashihara	Silberstein	Münstersche Klinik
	%	%	%
1—10 Jahre	—	—	—
11—20 „	—	2,2	1,2
21—30 „	14	7,7	3,7
31—40 „	16,2	26,8	10,8
41—50 „	32,2	30,3	25,3
51—60 „	23,6	19,6	34,9
61—70 „	11,8	10,9	14,4
71—80 „	1,0	2,2	6,0
ohne Altersangabe			3,7

Während Reisner ebenfalls die Höchstzahl der Erkrankungen im 5. bis 6. Lebensjahrzehnt angibt, ist also bei den älteren Autoren das 4. bis 5. Jahrzehnt noch bevorzugt.

Betrachtet man das Auftreten von Lupuscarcinom in den einzelnen Lebensaltern nach Geschlecht getrennt, so kommt man zu folgendem Ergebnis:

	Frauen	Männer
1—10 Jahre	—	—
11—20 „	—	1
21—30 „	—	3
31—40 „	5	4
41—50 „	14	8
51—60 „	22	6
61—70 „	10	2
71—80 „	4	1

Auffällig ist was auch Reisner feststellt, daß die Entwicklung des Carcinoms bei den Männern der bei den Frauen um ein Jahrzehnt vorauseilt.

Die Entwicklung des Carcinoms erfolgt meist, nachdem der Lupus schon lange Jahre bestanden hat, wenn auch verschiedentlich schnelles Aufeinanderfolgen beider Krankheitserscheinungen beobachtet wurde. So entwickelte sich in einem Fall aus vorliegender Arbeit das Carcinom 1 Jahr nach Beginn des Lupus. Die größte Zeitspanne zwischen Beginn des Lupus und Entwicklung des Carcinoms betrug in einem Falle 57 Jahre. Bei den hier festgestellten 83 Lupuscarcinomen kam es im Durchschnitt 24 Jahre nach Beginn des Lupus zur Krebsentartung, eine Zahl, die sich auch mit den Durchschnittszahlen der anderen Autoren deckt (Ashihara 30 Jahre, Silberstein 29 Jahre, Reisner 30 Jahre).

Genau so wie bei der lupösen Erkrankung in der Mehrzahl der Fälle das Gesicht befallen ist, so ist auch beim Lupuscarcinom das Gesicht Hauptsitz der Erkrankung, während nur in einem ganz geringen Prozentsatz der Fälle die Extremitäten befallen sind, wie folgende Tabelle zeigt:

	Ashihara	Silberstein	vorliegende Arbeit
	%	%	%
Gesicht:	90	82,5	92,77
Wange:	44,2	41,2	51,80
Nase:	16,6	8,8	25,30
Lippen:	10,0	7,9	7,22
Kinn:	3,8	5,5	4,82
Ohren:	0,8	5,3	3,61
Augen:	2,3	4,4	—
Hals:	1,5	5,3	1,2
Extremitäten:	8,2	11,4	9,3

Ueber die Behandlung des Lupuscarcinoms ist man sich allgemein bewußt, daß eine gründliche, frühzeitige Behandlung des Lupus die Gefahr der Krebsentwicklung wesentlich einschränkt. Bei der Behandlung des

Lupuscarcinoms selbst hat man bis heute noch keine allgemein befriedigende Resultate erzielt, was auch wahrscheinlich nicht eher der Fall sein wird, bis endgültig die eigentliche Ursache der Krebsentwicklung eindeutig festgestellt ist. Die mannigfaltigsten Salben, chemische und thermische Verätzungen, werden zur Behandlung empfohlen. Alle diese Mittel können jedoch nur eine vorübergehende Wirkung haben, ohne einen Dauererfolg zu erzielen.

Die wirksamste Behandlungsmethode ist auch heute noch der operative Eingriff. Den größten Wert legt man hierbei auf den frühzeitigen Eingriff, weil man dann noch mit einiger Wahrscheinlichkeit in carcinomfreiem Gewebe operieren kann. Nur da wo die Operation verweigert wird oder bei inoperablen Fällen muß man zur symptomatischen Behandlung übergehen. Ashihara empfiehlt hier Pyrogallussalbe und Arsenbehandlung. Neuerdings hat man mit der Strahlenbehandlung, die auch heute allgemein zur Nachbehandlung nach operativen Eingriffen angewandt wird, sehr gute Resultate erzielt. Röntgenstrahlen und Radiumtherapie wird hier allgemein empfohlen und zwar von Jaffé und Hoffmann bei der Röntgentherapie ziemlich hoche Dosen. Auch Strahl gibt an, daß er durch Ueberdosierung (3 × 40 X mit mit 14 mm Al.) günstige Resultate beobachtet hat. Pöns will nach kleinen Röntgendosen Verschlimmerung festgestellt haben. Wichmann, Jauch und Thieme erscheint die Radiumtherapie wirksamer als die Behandlung mit Röntgenstrahlen. Jauch gibt an, bei hohen Radiumdosen Heilung erzielt zu haben, während er bei kleineren Dosen Reizwachstum des Tumors feststellen konnte. Ganz besonders günstig für die Radiumbehandlung betrachten Sluys und Stoupel die Carcinome, die nach Strahlenbehandlung sich entwickelt haben.

Trotz aller eingreifenden Mittel ist der Verlauf des Lupuscarcinoms im allgemeinen sehr ungünstig. Charakteristisch für das Lupuscarcinom ist das rapide Wachstum und die weitgehende Zerstörung des Gewebes, sodaß es oft zu übelriechenden, jauchigen Prozessen kommt. Das Lupuscarcinom hat auch die ausgesprochene Neigung, trotz eingreifender Operation immer wieder zu recidivieren. Sehr selten werden dagegen Metastasen in den benachbarten Lymphdrüsen oder Organen beobachtet. „Merkwürdig ist die geringe Tendenz zur Metastasenbildung, trotz des Bestrebens der Neubildung, lokal rasch fortzuschreiten." (Ashihara.)

Silberstein findet unter 121 Fällen nur 8 mit Metastasenbildung in den benachbarten Lymphdrüsen, darunter 1 Fall von Metastasen im Abdomen. Ashihara hat bei 122 Fällen 16 mal Drüsenmetastasen festgestellt. Er versucht diese Eigentümlichkeit damit zu erklären, daß infolge der geringen Vaskularisation des lupösen Gewebes eine Verschleppung unmöglich gemacht wird. Eine auffallende Erscheinung ist auch die Tatsache, daß das Allgemeinbefinden der Patienten nicht wesentlich beeinträchtigt wird und die Kachexie erst verhältnismässig spät eintritt. Auf Grund dieser Tatsachen hält Jadassohn die Lupuscarcinome lokal für recht maligne, im allgemeinen für relativ gutartig.

Trotz aller dieser Momente sind die Heilungsaussichten sehr ungünstig. Ashihara berichtet von nur 9 Heilungen bei 122 Fällen. Silberstein kommt zu einem ähnlichen Resultat: 7 Heilungen bei 111 Fällen, 13 reci-

divfrei nach mindestens 1 Jahr. Reisner kann schon von günstigeren Erfolgen berichten: 6 Heilungen bei 16 Fällen, 4 Patienten starben, bei 6 traten häufiger Recidive auf.

Ein solches relativ günstiges Resultat wird nach der Statistik dieser Arbeit nicht erreicht. Von den hier festgestellten 83 Lupuscarcinomen sind 29 an ihrem Carcinom gestorben und zwar 21 Frauen und 8 Männer. Bei 4 Patienten war die Behandlung infolge des vorgeschrittenen Stadiums der Erkrankung aussichtslos und von 8 weiteren Patienten wurde die Behandlung abgelehnt.

Wie schlecht die Heilungsaussichten beim Lupuscarcinom sind zeigt folgende Aufzeichnung:

Recidivfrei	nach	6	Jahren	2	Patienten
„	„	5	„	1	„
„	„	4	„	4	„
„	„	3	„	4	„
„	„	2	„	3	„

Nur 2 Patienten kann man von den 83 Lupuscarcinomen als vorläufig geheilt betrachten, denn diese beiden Fälle sind 6 Jahre nach der Operation recidivfrei geblieben. Ein zweiter Patient ist bereits 5 Jahre nach der Operation noch recidivfrei. Allerdings kann man diese Patienten trotz der relativ langen recidivfreien Zeit nicht als absolut geheilt betrachten, wie das Beispiel im Fall Nr. 16 und 17 der Statistik lehrt. Diese beiden Patienten waren auch bereits 5 Jahre recidivfrei und trotzdem ist neuerdings nach 5 Jahren wieder ein Recidiv aufgetreten. Nur bei 7 Kranken von 83 Lupuscarcinomen ist bisher nach der Operation in einem Zeitraum von mindestens 3 Jahren kein Ricidiv mehr aufgetreten. Bei allen anderen Patienten stellten sich nach der Operation immer wieder Recidive ein.

Auch bei 4 Patienten, die jetzt bereits 4 Jahre recidivfrei geblieben, waren vorher bei 2 Kranken Recidive aufgetreten, während bei einem Patienten eine Amputation ausgeführt wurde. Ebenso ist bei den 4 Patienten, die 3 Jahre recidiv freigeblieben sind, einer erst nach mehrmaligen Recidiven jetzt 3 Jahre recidivfrei. Bei allen übrigen Patienten traten ein bis mehrere Recidive auf, gemäß der Eigentümlichkeit des Lupuscarcinoms immer wieder zu recidivieren.

Diese wenig erfreulichen Resultate beweisen, wie wichtig es ist, nicht nur sämtliche Lupuscarcinome, sondern alle Lupuskranken schon in den ersten Stadien der Erkrankungen zu erfassen und einer regelmäßigen, genauen Kontrolle zu unterwerfen. Erst wenn dieses konsequent durchgeführt werden kann, besteht die Hoffnung und die Möglichkeit, diese bedauernswerten Kranken vor dem schrecklichen Carcinomtode zu bewahren.

Nr.	Name	Geschlecht	Alter	Sitz und Beginn des Lupus	Zeitspanne vom Lupusbeginn bis zur Ca.-Entwicklung	Sitz des Carcinoms	Behandlung	Verlauf
1	M. S.	w.	48	mit 8 Jahren Gesicht, Kinn Hals, Rücken	38 J.	unter dem Kinn	2 × Rö.-Bestrahlung	Ca. unaufhaltsam † 28. 1. 28
2	E. M.	w.	38	mit 9 Jahren linke Wange und Arm	29 J.	r. Wange	Im Juni 1928 mit Thermokauter entfernt	nach 1/2 Jahr Recidiv mit Radium behandelt; nach 3 Mon. wieder Recidiv † 13. 5. 30
3	S. D.	w.	62	mit 5 Jahren Hals, Kinn, Wange	56 J.	Kinn	Diaschlinge Rö.-Bestr. im Dez. 1929	1930 Recidiv-Dia 1931 Recidiv-Dia † 30. 11. 32
4	C. D.	w.	68	Seit 1928 am lk. Ohr	1 J.	lk. Ohrmuschel	Excision im Mai 1929	1932 Nachschau o. B. 1934 " " " 1935 " " "
5	A. Z.	w.	76	mit 46 Jahren r. und lk. Wange, Nase	30 J.	r. Wange	Diaschlinge im Febr. 1929	Im Nov. 1929 Recidiv mit Radium behandelt. Seither Behandlung abgelehnt
6	L. E.	w.	74	mit 44 Jahren r. Wange Stirn	30 J.	lk. Orbitalwulst und r. Nasen-Wangenwinkel	1930 Radium und Diaschlinge	1932 ersteres recidivfrei Recidiv des zweiten Radium, Dia † 22. 4. 33
7	A. S.	w.	35	mit 22 Jahren Nase	11 J.	Nase	1931 Kaltkaustik	1932 keine Besserung Recidiv Noch in Behandlung
8	C. P.	w.	53	1881 r. Knie	30 J.	r. Wange	1930 Diaschlinge Thiersch'sche	1935

9	P. Sch.	w.	54	Hals, Kinn beide Wangen	19 J.	r. Mundwinkel	1931 Diaschlinge Rö.-Bestr.	bestrahlt 1. 10. 31 Kehlkopf befallen. † 1. 1. 32
10	A. F.	w.	55	mit 4 Jahren Kinn, r. und lk. Wange	51 J.	l. Wange	1930 Radikaloperation Thiersch'sche Lappen	1934 ohne Recidiv Noch in Behandlung
11	A. B.	w.	60	1924 Nasenspitze	3 J.	Nasenspitze	1929 Radikaloperation mit Plastik	1930 †
12	K. M.	w.	63	mit 6 Jahren im Gesicht	57 J.	r. Wange	1926 Excision	1930 † am Ca.
13	L. H.	w.	64	mit 53 Jahren auf beiden Wangen	11 J.	Nase	keine Behandlung mehr möglich	1929 † am Ca.
14	A. W.	w.	48	1896 im Gesicht	29 J.	Oberlippe	1927 Excision und Rö.-Bestr.	1930 Recidiv 1934 † am Ca.-Recidiv
15	L. M.	w.	56	seit 25 Jahren Gesicht	25 J.	lk. Wange	1929 Diaschlinge 1930 Rö.-Bestr.	Ca. nach innen in den Mund übergegangen † 10. 4. 30
16	K. F.	w.	54	seit 4 Jahren an Hals und Wange	4 J.	r. Nasenflügel	1929 Diaschlinge	1934 Recidiv noch in Behandlung
17	E. W.	w.	48	1907 Nase Gesicht	21 J.	r. Wange	1929 Diaschlinge	1935 Recidiv noch in Behandlung

Nr.	Name	Geschlecht	Alter	Sitz und Beginn des Lupus	Zeitspanne vom Lupusbeginn bis zur Ca.-Entwicklung	Sitz des Carcinans	Behandlung	Verlauf
18	F. G.	m.	57	1883 Gesicht Oberschenkel	48 J.	lk. Wange	1931 Dia-Radium	im Dez. 1931 Recidiv im Jan. 1932 †
19	A. N.	w.	42	1915 lk. Wange	12 J.	lk. Nasenflügel	1927 Rö.-Bestr. und Radium	1928 Recidiv Behandlung wird abgelehnt
20	J. H.	w.	39	mit 14 Jahren lk. Wange	25 J.	lk. Wange	1926 Rö.-Bestr.	† 18. 5. 27
21	W. P.	m.	41	1898 Gesicht	31 J.	unter dem r. Ohr	1929 Diaschlinge	1931 Recidiv 1935 o. B.
22	H. S.	m.	50	1900 lk. Wange	26 J.	lk. Nasenflügel	1930 Radikal-operation	1930 Recidiv 1932 „ 1933 „ seit Juli 1934 o. B.
23	K. P.	m.	35	mit 7 Jahren Gesicht	27 J.	Unterlippe	1926 Excision und Rö.-Bestr.	1929 Recidiv I. 1930 „ VI. 1930 „ 1934 „
24	I. R.	w.	56	vor 25 Jahren Gesicht	25 J.	r. Wange	1928 Dia.-Rö.-Bestr.	1929 Recidiv 2 × Plastik im Juli 1930 †
25	G. B.	w.	67	vor 26 Jahren	26 J.	Kinn	1927	1927 †

26	A. G.	w.	67	1876 Gesicht	41 J.	r. Nasenflügel	1928 Rö.-Bestr.	weitere Behandlung aussichtslos 1928 †
27	G. Sch.	w.		vor 20 Jahren r. Wange	10 J.	r. Nasenflügel	1931 Dia.-Rö.	1932 o. B. 1932 †
28	H. R.	m.	50	vor 20 Jahren l Arm, Hand	20 J.	Handrücken	1925 Radikal-operation Lappen-Plastik	1925 Recidiv 1928 † an Knochentbc.
29	I. M.	w.	56	vor längeren Jahren im Gesicht		Gesicht		1929 † an Gesichts-Ca.
30	H. M.	m.	63	seit Jahren Gesicht		r. Wange Hals	Behandlung verweigert	1928 †
31	H. L.	m.	60	seit langen Jahren Gesicht		r. Wange Hals	Beh. aussichtslos	1928 †
32	H. K.	m.	60	r. Wange Hals		r. Wange	Beh. aussichtslos	1927 †
33	E. B.	w.	60	mit 27 Jahren Gesicht	33 J.	Oberlippe	1927 Rö.	1928 Beh. verweigert 1929 †
34	E. B.	w.	42	mit 10 Jahren Gesicht beide Arme	31 J.	lk. Mundwinkel		1930 †

Nr.	Name	Geschlecht	Alter	Sitz und Beginn des Lupus	Zeitspanne vom Lupusbeginn bis zur Ca.-Entwicklung	Sitz des Carcinoms	Behandlung	Verlauf
35	A. Sch.	w.	52	vor 12 Jahren r. Wange		r. Wange		1927 †
36	M. O.	w.	44	vor 20 Jahren lk. Arm	20 J.	Ober-Unterarm	1926 Rö. 1931 Amputation	1935 o. B.
37	G. L.	w.	46	vor 20 Jahren lk. Arm	17 J.	lk. Handrücken	1930 Dia.-Ra.	1930 Recidiv 1934 o. B.
38	A. E.	w.	56	r. Bein r. Arm, Hals		am r. inneren Fußknöchel	1929 Dia.-Ra.	1935 o. B.
39	A. B.	m.	29	1924 r. Nasenflügel	6 J.	r. Nasenflügel	1931 Dia.-Ra.	1932 keine Heilungsaussichten seither keine Nachricht
40	W. R.	m.	47	1912 Gesicht	19 J.	lk. Nasenflügel	1931 Dia.-Ra.	1934 †
41	E. W.	w.	36	1918 Gesicht	10 J.	unterm Kinn, hinter dem Ohr	1931 Dia.-Rö.	1934 o. B.
42	E. G.	w.	53	1920	11 J.	lk. Schläfe	1931 Exzision	1932 o. B. 1935 weitere Behandl.

43	G. St.	m.	41	1915 r. Wange	14 J.	r. Wange	1932 Dia.-Ra.	Seither nicht mehr erschienen
44	H. D.	m.	41	als Kind am Hals	25 J.	lk. Unterkiefer	1932 Dia.	1932 Recidiv mit Wirbelsäule verbacken Beh. aussichtslos
45	I. P.	m.	15	mit 4 Jahren Nase	11 J.	lk. Nasenflügel	1932 Dia.	1932 Recidiv 1935 o. B.
46	H. N.	m.	38	mit 3 Jahren lk. Arm	35 J.	lk. 4. Finger	1931 Dia.	1934 alles glatt
47	T. T.	w.	46	mit 8 Jahren Gesicht	38 J.	Oberlippe	Rö.-Bestr.	keine Heilungsaussichten keine Nachricht mehr
48	H. G.	w.	62	mit 17 Jahren Gesicht	45 J.	Schläfe	1926 Dia.	1930 † am Recidiv
49	M. B.	w.	44	mit 6 Jahren im Gesicht	38 J.	vor dem lk. Ohr	1932 Dia.-Rö.	weitere Behandlung abgelehnt
50	I. M.	m.	24	mit 1 Jahr Gesicht	23 J.	lk. Wange	1931 Dia.	1934 Recidiv noch in Behandlung
51	E. B.	m.	22	mit 6 Jahren im Gesicht	16 J.	lk. Wange	1931 Dia.	1932 Recidiv noch in Behandlung

Nr.	Name	Geschlecht	Alter	Sitz und Beginn des Lupus	Zeitspanne vom Lupusbeginn bis zur Ca.-Entwicklung	Sitz des Carcinoms	Behandlung	Verlauf
52	H. R.	w.	57	vor 21 Jahren Gesicht	21 J.	r. Nasenflügel	1931 Dia.-Ra.	1932 Recidiv 1934 „ 1935 Beh. wird abgelehnt
53	N. V.	m.	66	1898 lk. Wange	32 J.	lk. Wange	1930 Dia.	1932 †
54	A. F.	w.	45	1922 Oberlippe	10 J.	Oberlippe	1933 Dia.	1933 Recidiv 1935 lehnt Beh. ab
55	A. H.	w.	59	1924 Nasenspitze	8 J.	Nasenspitze	1932 Dia.	1934 Recidiv noch in Behandlung
56	A. R.	w.		mit 18 Jahren lk. Wange		lk. Wange	1934 Dia.	Wunde glatt noch in Behandlung
57	H. M.	w.	52	1920 lk. Wange	12 J.	lk. Wange	1934 Dia.	1935 o. B.
58	E. L.	w.	44	1902 Gesicht	29 J.	r. Gesicht	1932 Dia.	1934 o. B.
59	F. W.	w.	49	1911 [illegible]	20 J.	lk. Wange	1931 Dia.	1934 o. B.

60	G. K.	w.	46	1893 lk. Unterkiefer	39 J.	r. Unterkiefer	1932 Dia.	1934 o. B.
61	B. K.	w.	58	1903 Nase, Kinn	28 J.	lk. Nase	1931 Dia.	1933 Recidiv 1934 o. B.
62	M. E.	w.	60	1925 Gesicht	4 J.	r. Nase	1929 Dia.	1930 Recidiv 1932 „ 1935 noch in Beh.
63	F. C.	w.	63	1909 r. Wange	22 J.	r. Wange	1931 Dia.	1933 Recidiv 1934 o. B.
64	E. B.	w.	32	1916 lk. Wange	16 J.	lk. Ohr	1932 Dia.	II. 1933 Recidiv IV. 1933 „ VI. 1933 „ 1934 o. B.
65	K. B.	w.	55	1897 Gesicht	32 J.	lk. Wange	1933 Dia.	1934 o. B.
66	M. Sch.	w.	52	1914 Gesicht	20 J.	Nase	1934 Dia.	weitere Behandlung abgelehnt
67	H. W.	m.	57	1917 Gesicht	17 J.	lk. Oberlippe harter Gaumen	1932 Ra.	1934 Recidiv 1935 noch in Beh.
68	H. L.	w.	50	1916 r. Nase	17 J.	r. Nase	1933 Dia.	1934 Recidiv 1935 noch in Beh.

Nr.	Name	Geschlecht	Alter	Sitz und Beginn des Lupus	Zeitspanne vom Lupusbeginn bis zur Ca.-Entwicklung	Sitz des Carcinoms	Behandlung	Verlauf
69	W. H.	m.	38	1902 Gesicht	32 J.	lk. Wange	1932 Dia.	1934 o. B.
70	F. B.	m.	41	1915 Gesicht	30 J.	r. Nase	1930 Dia.	noch in Behandlung
71	H. Sch.	m.	58	1913 Gesicht	20 J.	r. Nase	1933 Dia.	1934 Nase glatt am lk. Ohr Ca. lehnt Behandlung ab
72	E. B.	w.	73	1924 lk. Nase	10 J.	Nase		1934 noch in Behandlung
73	A. D.	w.	48	1892 r. Wange	42 J.	r. Wange		noch in Behandlung
74	D.	w.		1923 Nase	11 J.	r. Nase	Dia.	noch in Behandlung
75	I. H.	m.	59	1931 Unterkiefer	3 J.	lk. Unterkiefer	Rö.	noch in Behandlung
76	I. K.	w.	74	1904	30 J.	Gesicht		1934 o. B.

77	A. Sch.	w.	54	1888 r. Wange	46 J.	Mundwinkel		1934 Behandlung abgelehnt
78	A. B.	w.	62	1927 lk. Wange	5 J.	lk. Wange		1935 noch in Behandlung
79	M. T.	w.	68	1887 lk. Hals	45 J.	lk. Hals		1934 Behandlung aussichtslos seither keine Nachricht
80	H. W.	w.	57	1899 r. Wange	34 J.	r. Wange		1935 noch in Behandlung
81	G. B.	m.	77	1884 Gesicht	50 J.	Nase	1930 Dia.	III. 1930 Recidiv IV. 1930 " VI. 1930 † "
82	M. H.	w.	55	lk. Ohr und Kinn		lk. Ohr		1932 †
83	F. Sch.	m.	54	1926 lk. Wange	7 J.	lk. Wange		I. 1934 †

Literatur.

1. Ashihara, Dr. N. „Ueber das Lupuscarcinom", Archiv der Dermatologie und Syphilis. 1901, 57/193.
2. Beretvas, Dr. L. „Ueber einen Fall von Lupuscarcinom", Archiv der Dermatologie und Syphilis. 1929 157/419.
3. Bojadjiewa, Maria „Ueber Lupuscarcinom", Disertation, Leipzig 1928.
4. Fleischer, „Ein Fall von Carcinom und Sarkom auf Lupus", Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1930 161/149.
5. Frieboes, W. „Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten". 1928.
6. Lewandowski, F. „Die Tuberkulose der Haut". 1916.
7. Reisner, Dr. Alfred. „Ueber Krebsbildung auf dem Boden eines Lupus vulgaris", Archiv der Dermatologie und Syphilis. 1929, 157/142.
8. Ribbert. „Carcinom und Tuberkulose", Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 17, 1894.
9. Silberstein, Dr. Martin. „Ueber das Lupuscarcinom", Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1918, 121/653.
10. Stühmer, Prof. A. „Die Lupusheilstätte Haus Hornheide, bei Münster i. W." Sonderabdruck aus „Strahlentherapie". 45 Bd. 1932.
11. Thieme, „Ueber Lupuscarcinom", Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1924 145/297.
12. Volk, R. „Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten X/1 1931. Tuberkulose der Haut".
13. Wichmann, Dr. Paul. „Zur Aetiologie des Lupuscarcinoms", Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1921, 132/474.
14. Zweig, Dr. Ludwig. „Ueber Lupuscarcinom", Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1911, 102/83.

Lebenslauf.

Geboren am 22. November 1907 zu Castrop i. Westf. besuchte ich 4 Jahre die dortige Volksschule, um dann nach weiteren neunjährigen Besuch des Realgymnasiums dortselbst im März 1927 die Reifeprüfung abzulegen. Nach dem medizinischen Studium an den Universitäten Freiburg i. Br. und Münster i. W. bestand ich im Herbst 1929 die ärztliche Vorprüfung in Münster und nach weiterem Studium an den Universitäten München, Graz und Münster das ärztliche Staatsexamen an der Universität Münster im Januar 1933.